

EPILEPSY QUESTIONNAIRE/ അപസ്മാരവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ചോദ്യാവലി

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തിപുറപ്പെടുവിക്കേണ്ടത്)

Name of Life To Be Assured:/ ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്: _____

Proposal No.:/ പ്രപ്പോസൽ നമ്പർ: _____

1. When your epilepsy was first diagnosed?/ എപ്പോഴാണ് നിങ്ങളുടെ അപസ്മാരം ആദ്യമായി രോഗനിർണ്ണയം ചെയ്യപ്പെട്ടത്?

2. Has it been described as any particular type, e.g. grand mal, absence seizures, etc.? Yes / No

നിങ്ങളുടെ അപസ്മാരത്തെ എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക തരത്തിലുള്ളതായി വിവരിക്കാൻ കഴിയുമോ, ഉദാഹരണത്തിന് ഗ്രാൻഡ് മാൽ, ചുഴലി കൂടാതെയുള്ളത് എന്നിവ പോലെ?
ഇല്ല

ഉണ്ട് /

If yes, please provide details./ ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

3. Have you undergone any investigations, such as EEG, CT or MRI scan? Yes / No

EEG, CT അല്ലെങ്കിൽ MRI സ്കാൻ എന്നിവ പോലുള്ള എന്തെങ്കിലും പരിശോധനകൾക്ക് നിങ്ങൾ വിധേയമായിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് / ഇല്ല

If yes, please provide details including dates of investigations and results.

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, അന്വേഷണത്തിന്റെ തീയതിയും ഫലങ്ങളും ഉൾപ്പെടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

4. Regarding the nature and frequency of your attacks:/ നിങ്ങളുടെ രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണ സ്വഭാവത്തെയും ആവൃത്തിയെയും സംബന്ധിച്ച്:

a) Please describe the nature of your attacks including if any loss of consciousness.

രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണങ്ങളുടെ, എന്തെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ബോധക്ഷയം ഉണ്ടായോ എന്നത് ഉൾപ്പെടെയുള്ള, സ്വഭാവത്തെ കുറിച്ച് വിവരിക്കുക.

b) Are you aware of any specific provoking cause for your attack? Yes / No

രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണം ഉണ്ടാവുന്നതിന് പ്രേരകമായി തീരുന്ന എന്തെങ്കിലും ഘടകത്തെ കുറിച്ച് നിങ്ങൾക്ക് അറിയാമോ?
ഇല്ല

ഉണ്ട് /

If yes, please provide details./ ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

c) How long does each attack usually last?/ രോഗത്തിന്റെ ഓരോ ആക്രമണവും എത്ര സമയത്തോളം നീണ്ടുനിൽക്കും?

d) How many attacks, fits or seizures have you had in the last 12 months?

കഴിഞ്ഞ 12 മാസത്തിൽ നിങ്ങൾക്ക് എത്ര തവണാരോഗത്തിന്റെ ആക്രമണമോ അപസ്മാരമോ ചുഴലിയോ ഉണ്ടായി?

e) When was your last attack?/ എന്നാണ് നിങ്ങൾക്ക് അവസാനമായി രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണം ഉണ്ടായത്?

f) Have you ever required hospitalisation as a result of an epileptic attack? Yes / No

അപസ്മാരത്തിന്റെ ആക്രമണത്തെ തുടർന്ന് നിങ്ങളെ എപ്പോഴെങ്കിലും ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ?
ഉണ്ട് / ഇല്ല

If yes, please provide details./ ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

5. Please provide details of your treatment. Include names of medication (i.e. Dilantin, Tegretol, etc.), dosage and how often taken:

നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. ഔഷധങ്ങളുടെ പേരും (അതായത് ഡിലാന്റിൻ, ടെഗ്രെറ്റോൾ തുടങ്ങിയവ) അളവും എത്ര ആവൃത്തിയിൽ എടുക്കുന്നുവെന്നതും ഉൾപ്പെടുത്തുക:

a) Currently./ നിലവിൽ. _____

b) If this has been changed in the last two years, please describe in what way and why.
കഴിഞ്ഞ രണ്ട് വർഷത്തിൽ മുകളിൽ പറഞ്ഞത് മാറിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, എന്തുരീതിയിലാണെന്നും എന്തുകൊണ്ടാണെന്നും വിവരിക്കുക. _____

6. Regarding the monitoring of your condition:/ നിങ്ങളുടെ അവസ്ഥ നിരീക്ഷിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട്:

a) Who is in charge of your follow-up?/ നിങ്ങളുടെ തുടർചികിത്സയുടെ ഉത്തരവാദിത്തം ആർക്കാണ്?

b) How often do you attend for follow-up?/ തുടർചികിത്സയ്ക്കായി നിങ്ങൾ എത്രതവണ പോകുന്നുണ്ട്?

c) When was your last consultation? / നിങ്ങളുടെ അവസാന കൺസൾട്ടേഷൻ എന്നായിരുന്നു ?

7. Please provide details, including dates and duration, of any time off work due to your epilepsy.

അപസ്മാരവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് നിങ്ങൾ ജോലിക്ക് പോകാതിരുന്നിട്ടുണ്ട് എങ്കിൽ, പോകാതിരുന്ന തീയതികളും ദൈർഘ്യവും ഉൾപ്പെടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

8. Are you prevented from holding a driving license or are your activities restricted in any other way due to epilepsy?

Yes / No

അപസ്മാരം കാരണം നിങ്ങൾക്കൊരു ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് ലഭിക്കാതിരുന്നിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ പ്രവർത്തികൾ ഏതെങ്കിലും തരത്തിൽ നിയന്ത്രിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ?
ഇല്ല

ഉണ്ട് /

If yes, please provide details. / ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

9. Does your occupation involve any work at heights, handling or working with heavy machinery or any other aspect which may increase the risk should you have an attack whilst at work? Yes No

നിങ്ങൾ ചെയ്യുന്ന ജോലിയിൽ, നിങ്ങളുടെ രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണത്തിന്റെ അപകടസാധ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുന്ന തരത്തിൽ, ഉയരമുള്ള ഇടങ്ങളിൽ ജോലി നോക്കലും ഹെവി മെഷിനറി കൈകാര്യം ചെയ്യലും പ്രവർത്തിപ്പിക്കലും പോലുള്ള എന്തെങ്കിലും ഉണ്ട് ഇല്ല

If yes, please provide details./പ്രവർത്തികൾ ഉണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

10. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.

നിങ്ങളുടെ അവസ്ഥ, നിങ്ങൾക്ക് എങ്ങനെ തോന്നുന്നു എന്നിങ്ങനെയുള്ള അധിക വിവരങ്ങൾ ദയവായി നൽകുക. ഈ വിവരങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് സഹായകരമായിരിക്കും.

Declaration by the Life To Be Assured:

I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application. I agree that this form will constitute part of my application for life assurance with Canara HSBC Oriental Bank Of Commerce Life Insurance Company Ltd and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം:

ഞാൻ നൽകിയിട്ടുള്ള മറുപടികൾ എന്റെ അറിവിൽ പെട്ടിടത്തോളം സത്യമാണെന്നും എന്റെ അപേക്ഷയുടെ വിലയിരുത്തലിനെ അല്ലെങ്കിൽ അംഗീകരിക്കുന്നതിനെ സ്വാധീനിക്കാവുന്ന യാതൊരു പ്രധാന വിവരവും ഞാൻ തരാതിരുന്നിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. കാനറ ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡുമായുള്ള ലൈഫ് അഷ്വറൻസിനുള്ള എന്റെ അപേക്ഷയുടെ ഭാഗമാണ് ഈ ഫോമെന്നും എനിക്ക് അറിയാവുന്ന എന്തെങ്കിലും വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിലുള്ള പരാജയം എന്റെ കരാറിനെ സാധുത ഇല്ലാത്തതാക്കുമെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

Date & Place:

തീയതിയും സ്ഥലവും:

Signature of Life to be Assured

ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തി

Declaration, if this form is signed in Vernacular/Thumb Impression :

I, _____ son / daughter of _____, an adult residing at _____ hereby declare that the contents of this form have been duly explained to me in _____ language and have been understood by me.

(Signature of the customer) _____ Date _____ Contact No. _____

ഈ ഫോം പ്രാദേശിക ഭാഷയിലോ വിരലടയാളമോ ഉപയോഗിച്ച് ഒപ്പുവെച്ചിരിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, നൽകുന്ന സത്യവാങ്മൂലം :

എനിക്ക് ഈ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ _____ ഭാഷയിൽ യഥോചിതം വിശദീകരിച്ചുതന്നതായും അത് എനിക്ക് മനസ്സിലായതായും _____ എന്ന വിലാസത്തിൽ താമസിക്കുന്ന, _____ എന്നയാളുടെ പ്രായപൂർത്തിയായ മകനായ / മകളായ _____ എന്ന ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

(ഉപഭോക്താവിന്റെ ഒപ്പ്) _____ തീയതി _____ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ _____

Instruction & Disclaimer:/ നിർദ്ദേശവും നിരാകരണവും:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ ഹിന്ദിയിൽ / ഇംഗ്ലീഷിൽ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ഉള്ളടക്കം വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് എന്തെങ്കിലും അഭിപ്രായവ്യത്യാസം ഉണ്ടാകുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പിനായിരിക്കും പ്രാമുഖ്യം.